



Satzung der BKK

Rieker · RICOSTA · Weisser

Gänsäcker 3, 78532 Tuttlingen
Johann-Georg-Weisser-Str. 1, 78112 St. Georgen

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1	Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse	4
§ 2	Verwaltungsrat.....	5-7
§ 3	Vorstand	8-9
§ 4	Widerspruchsausschuss.....	9-11
§ 5	Kreis der versicherten Personen	11-12
§ 6	Kündigung der Mitgliedschaft	12-13
§ 7	Aufbringung der Mittel	13
§ 8	Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder.....	13-14
§ 9	Kassenindividueller Zusatzbeitrag	14
§ 10	Fälligkeit der Beiträge.....	14
§ 10a	Erhebung von Mahngebühren (und Beitragsvorschüssen).....	14-15
§ 11	Höhe der Rücklage.....	15
§ 12	Leistungen	15-25
§ 12a	Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	25-26
§ 12b	Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (§ 20i Abs. 2 SGB V).....	26-27
§ 12c	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (§ 20k SGB V).....	27
§ 12d	Leistungsausschluss	27-28
§ 13	Medizinische Vorsorgeleistungen	28
§ 14	Modellvorhaben	28
§ 15	Wahltarife	28
§ 15a	Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung § 53 Abs. 3 SGB V	29-31
§ 15b	Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung § 53 Abs. 3 SGB V	31-33
§ 15c	Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen § 53 Abs. 3 SGB V	33
§ 15d	Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgung § 53 Abs. 3 SGB V	34
§ 15e	Wahltarife Krankengeld	35
§ 16	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten.....	35-37
§ 17	Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen	37
§ 17a	Auskünfte an Versicherte (§ 305 Abs. 1 SGB V).....	37
§ 18	Ausgleichsverfahren nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)	37-38
§ 19	Aufsicht.....	38
§ 20	Mitgliedschaft zum Landesverband	38
§ 21	Bekanntmachungen.....	38
§ 22	Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse	38-39

Artikel II

Inkrafttreten

Anlagen

Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung für Verwaltungsratsmitglieder

Anlage zu § 18 der Satzung: Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Anmerkung:

Soweit in dieser Satzung bei der Bezeichnung von Ämtern und Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form sowie weitere Formen mit ein.

Artikel I

Inhalt der Satzung

§ 1 Name, Sitz und Bezirk der Betriebskrankenkasse

- I. Die Betriebskrankenkasse führt den Namen BKK Rieker • RICOSTA • Weisser und die Kurzbezeichnung BKK RRW. Die Betriebskrankenkasse hat ihren Sitz in Tuttlingen und eine Geschäftsstelle in St. Georgen.

Sie ist durch die Fusion der BKK Rieker und RICOSTA Tuttlingen und der BKK J. G. Weisser Söhne St. Georgen am 1. Januar 1998 errichtet worden.

- II. Die Betriebskrankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und rechtsfähige Körperschatz des

- III. Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe

- | | |
|--|----------------|
| a) Rieker Schuh GmbH in: | Tuttlingen |
| b) RDG Rieker Dienstleistungsgesellschaft GmbH in: | Tuttlingen |
| c) RICOSTA Schuhfabriken GmbH in: | Donaueschingen |
| d) J.G. WEISSER SÖHNE GmbH & Co. KG
Werkzeugmaschinenfabrik in: | St. Georgen |

§ 2 Verwaltungsrat

- I. 1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat (§ 31 Abs. 3a SGB IV).
2. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 62 Abs. 1 SGB IV).

II. Dem Verwaltungsrat der Betriebskrankenkasse gehören 6 Versichertenvertreter und die Arbeitgeber RICOSTA Schuhfabriken GmbH (ab 01.10.2011 Rieker Schuh GmbH) und J.G. WEISSER SÖHNE oder deren Vertreter an (§§ 43 Abs. 1 und 44 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Die Arbeitgeber bestimmen je einen Stellvertreter, der den Arbeitgeber oder den Arbeitgebervertreter im Fall der Verhinderung vertritt (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Die Arbeitgeber haben dieselbe Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter. Bei einer Abstimmung können sie jedoch nicht mehr Stimmen abgeben, als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen (§ 44 Abs. 2 Satz 2 SGB IV).

Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

III. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht der Betriebskrankenkasse sowie in den übrigen durch Gesetz oder sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht vorgesehene Fällen (§ 33 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Dem Verwaltungsrat sind insbesondere die in § 197 SGB V geregelten Aufgaben vorbehalten.

Der Verwaltungsrat wählt den Vorstand (§ 35a Abs. 5 Satz 2 SGB IV).

Der Verwaltungsrat beauftragt einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes (§ 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV)

Der Verwaltungsrat vertritt die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand (§§ 197 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, 33 Abs. 2 Satz 1 SGB IV)

IV. Der Verwaltungsrat ergibt sich eine Geschäftsordnung (§63 Abs. 1 SGB IV).

- VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Beträgen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist (64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).
- VIII. Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt (§ 64 Abs. 2 SGB IV).
- IX. Der Verwaltungsrat kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
 2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrats, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
 3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrats im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.
 5. in außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrats – bzw. im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates - der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

X. Der Verwaltungsrat kann seine Sitzungen mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung (Videokonferenz) als hybride oder als vollständige digitale Sitzung durchführen (§64a SGB IV):

1. Hybride Sitzungen (§ 64a Abs. 1 SGB IV) sind nicht zulässig bei konstituierenden Sitzungen. Die digitale Teilnahme an hybriden Sitzungen setzt voraus, dass dem Mitglied die persönliche Anwesenheit in der Präsenzsitzung erschwert oder unmöglich ist (z. B. aufgrund von Krankheit, Urlaub, Dienstreise oder Kinderbetreuung). Die Anwesenheit der Sitzungsleitung im Sitzungssaal ist erforderlich.
2. Digitale Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit der Mitglieder am Sitzungsort (§ 64a Abs. 2 SGB IV) können in außergewöhnlichen Notsituationen (z. B. Katastrophen, epidemischen Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen) und in besonders eiligen Fällen stattfinden. Der Vorsitzende stellt den Ausnahmefall nach Satz 1 fest. Eine digitale Sitzung findet nicht statt, wenn binnen 2 Tagen im Fall der außergewöhnlichen Notsituation ein Drittel oder in besonders eiligen Fällen ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der Feststellung widerspricht.
3. Mitglieder, die per Videokonferenz an hybriden und digitalen Sitzungen teilnehmen, gelten als Anwesend. Eine ausschließlich telefonische Zuschaltung einzelner Mitglieder ist nicht zulässig. Bei öffentlichen vollständig digitalen Sitzungen ist der Öffentlichkeit die Teilnahme durch eine ihr in Echtzeit zugängliche Bild- und Tonübertragung zu ermöglichen. Abstimmungen und Wahlen in hybriden und digitalen Sitzungen sind möglich, der Leiter der Sitzung entscheidet, ob die Stimmabgabe per Handzeichen, durch Zuruf oder über ein ortsunabhängiges digitales System erfolgt.

§ 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 Mitglied an (§35a Abs. 4 Satz 1 SGB IV).
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt (§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV).
- III. Der Vorstand verwaltet die Betriebskrankenkasse und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV),
2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB IV),
3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten (§ 35a Abs. 2 Satz 2 SGB IV),
4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten (§ 70 Abs. 1 SGB IV),
5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfers dem Verwaltungsrat zur Entlastung vorzulegen,
6. die Betriebskrankenkasse nach § 4 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung zu prüfen,
7. eine Kassenordnung aufzustellen,
8. die Beiträge einzuziehen,

9. Vereinbarungen und Verträge mit Leistungserbringern und mit Lieferanten der Betriebskrankenkasse abzuschließen,
 10. die Leistungen festzustellen und zu gewähren.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt (§ 149 Abs. 2 Satz 6 SGB V).

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen (§ 36a SGB IV).
Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in 78532 Tuttlingen, Gänsäcker 3.

- II. 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen

aus 3 Vertretern der Versicherten, die die Voraussetzungen der Wählbarkeit als Organmitglied erfüllen (§ 36a Abs. 2 Satz 2 SGB IV) und dem Arbeitgeber oder seinem bestellten Vertreter mit 2 Stimmen.

2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.

3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses werden von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt.

Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.

4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend. § 64a Abs. 2 gilt mit der Maßgabe, dass ein Mitglied den Ausnahmefall nach

Absatz 2 Satz 1 feststellt und eine digitale Sitzung nach Abs. 2 nicht stattfindet, wenn ein Mitglied widerspricht.

5. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses wählen den Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses und dessen Stellvertreter; § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gilt entsprechend. Der Vorsitz wechselt zwischen den Gruppen von Sitzung zu Sitzung.

Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.

6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.
8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
9. Der Widerspruchsausschuss kann in folgenden Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen (§ 64 Abs. 3 SGB IV):
 - a. bei Änderungen von Beschlüssen des Widerspruchsausschusses, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
 - b. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Widerspruchsausschusses im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen,
 - c. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen,

- d. in außergewöhnlichen Notsituationen (z.B. Katastrophen, epidemische Lagen, gravierende und flächendeckende Mobilitätseinschränkungen), die eine Präsenzsitzung, eine hybride Sitzung und eine digitale Sitzung ausschließen.

Wenn mindestens ein Mitglied des Widerspruchsausschusses der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

- III. Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die von dem Widerspruchsausschuss aufgestellte Geschäftsordnung.
- IV. Der Widerspruchsschuss nimmt auch die Aufgaben der Einspruchsstelle nach § 112 Abs. 1 u. 2 SGB IV i. V. m. § 69 Abs. 2, 3 u. 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.

§ 5 Kreis der versicherten Personen

- I. Zum Kreis der bei der Betriebskrankenkasse versicherten Personen gehören
 1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
 2. alle anderen Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) oder Versicherungsberechtigten (§ 9 SGB V).
- II. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V können schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, sofern sie das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, der Betriebskrankenkasse beitreten, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen.
- III. Die in Abs. I und II genannten Personen können die Betriebskrankenkasse unter den im Gesetz und in der Kassensatzung genannten Voraussetzungen wählen, wenn
 1. sie in dem in § 1 Abs. III der Satzung genannten Betrieb arbeiten (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V),

2. bei ihr vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsbe-
rechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach §
10 SGB V bestanden hat (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V),
3. der Ehegatte oder der Lebenspartner bei der Betriebskrankenkasse
versichert ist (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V),
4. sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V versicherungspflichtige Jugend-
liche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behin-
derte Menschen oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder § 9 SGB V
versicherte Rentner oder nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versicherte
behinderte Menschen sind und ein Elternteil bei der Betriebskranken-
kasse versichert ist (§ 173 Abs. 4 SGB V),
5. sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebskran-
kenkasse besteht und nunmehr als Rentner versichert sind (§ 173
Abs.5 SGB V),
6. sie bei der Betriebskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Ren-
tenbezug beschäftigt waren (§ 174 Abs. 1 SGB V),
7. sie bei einem Verband der Betriebskrankenkassen beschäftigt sind
oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, wenn sich der Bezirk
der Betriebskrankenkasse auf den Wohn- oder Beschäftigungsort er-
streckt (§ 174 Abs. 2 SGB V).

IV. Familienversicherte

Versichert sind Familienangehörige von Mitgliedern, sofern die gesetzlichen
Voraussetzungen (§ 10 SGB V) erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen mehr-
fach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V).

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen
gewählte Betriebskrankenkasse mindestens 12 Monate gebunden (§ 175 Abs.
4 Satz 1 SGB V), sofern nicht die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Eine

Kündigung der Mitgliedschaft ist sodann unter den Voraussetzungen von § 175 Abs. 4 Satz 3 bis 5 SGB V möglich.

- II. Erhebt die Betriebskrankenkasse nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, besteht ein Sonderkündigungsrecht nach Maßgabe von § 175 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V.

- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll (§ 175 Abs. 4 Satz 9 SGB V). Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung, bzw. mit Eingang der Austrittserklärung bei der Betriebskrankenkasse, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.

- IV. Wenn ein Wahltarif nach § 15a (Selbstbehalt), § 15b (Prämienzahlung für Nichtinanspruchnahme von Leistungen) oder § 15g (Krankengeld) gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 15a Abs. VI, 15b Abs. V bzw. 15g Abs. XVI aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist gemäß Abs. I Satz 1 gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 gilt bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitragssatzes oder bei dessen Erhöhung nach § 242 Abs. 1 SGB V das Kündigungsrecht nach Abs. II ungeachtet der Bindungsfrist an den Wahltarif, jedoch nicht für Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15g (Krankengeld) gewählt haben (§ 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V).

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242 (§ 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 8 Bemessung der Beiträge für freiwillige Mitglieder

Für die Bemessung der Beiträge gelten die „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung (§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt ab 01. Januar 2026 monatlich 4,2 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.

§ 10 Fälligkeit der Beiträge

- I. Die Fälligkeit der Beiträge ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IV, § 256 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- II. Die von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge, einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V, werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III. Die Erstattung von Beiträgen aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen oder aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 231 SGB V erfolgt nur auf Antrag. Der Erstattungsantrag kann jeweils nach Ablauf eines Kalendervierteljahres oder nach Beendigung der Vorrangversicherung gestellt werden (§ 231 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

§ 10 Erhebung von Mahngebühren (und Beitragsvorschüssen)

- I. Pauschale Mahngebühr

Entsprechend der Vorschrift des § 1 LVwVGKO wird eine Mahngebühr erhoben. Diese beträgt ein halbes Prozent des Mahnbetrages, mindestens jedoch 4 EUR und höchstens 75 EUR.

II. Beitragsvorschüsse

Die Betriebskrankenkasse kann Vorschüsse auf die Beiträge von Arbeitgebern erheben (§ 28e Abs. 5 SGB IV),

1. die mit der Beitragsabführung wiederholt in Verzug geraten sind oder
2. bei denen die Zahlungsfähigkeit zweifelhaft erscheint und ausreichende Sicherheiten nicht bestehen oder
3. die sich in den letzten 12 Monaten in einem Zwangsvollstreckungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben oder
4. die keine Beitragsnachweise einreichen.

Die Vorschüsse können in voraussichtlicher Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für je 1 Monat gefordert werden. Dabei ist eine Frist von mindestens 7 Tagen zu bestimmen.

§ 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v. H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (§ 261 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

§ 12 Leistungen

I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der Betriebskrankenkasse erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b SGB V)
- zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V)
- zur Behandlung von Krankheiten, einschließlich der palliativen Versorgung (§§ 27 bis 52 SGB V)

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V)
- des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX
- zur Unterstützung bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V).

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V).

II. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

1. Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für eine Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht.
2. Voraussetzung ist, dass
 - a. keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher im Sinne des SGB XI vorliegt und
 - b. keine andere im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.
3. Die Dauer ist auf 26 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.
4. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Abs. 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V.

III. Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

1. Die Betriebskrankenkasse gewährt über die in § 38 Abs. 1 SGB V geregelten Fälle hinaus auch dann Haushaltshilfe,
 - a. wenn den Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung allein wegen einer Krankheit, akuten Verschlimmerung einer Krankheit oder aus medizinischen Gründen erforderlichen Abwesenheit als Begleitperson eines versicherten Angehörigen nicht möglich ist,

- b. im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
 - c. Die Haushaltshilfe wird längstens für einen Zeitraum von 8 Wochen im Kalenderjahr für maximal bis zu 8 Stunden täglich gewährt.
2. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzu-
sehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägere bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
 3. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Abs. 5 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V.

IV. Krankengeld bei nicht kontinuierlicher Arbeit

1. Für Mitglieder mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung wird Krankengeld in Höhe von 70 v. H. des entgangenen Arbeitsentgelts gezahlt. Das Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 SGB V).
2. Das Krankengeld wird für die Tage gezahlt, an denen das Mitglied bei Arbeitsfähigkeit gearbeitet hätte.
3. Bei der Berechnung des Höchstregelentgelts ist auf die tatsächlichen Arbeitstage abzustellen.

V. Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

1. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung einschließlich der veranlassenen Leistungen sowie im Bereich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung erfolgt die Kostenerstattung pauschaliert nach Prozentsätzen des jeweiligen Rechnungsbetrages wie folgt:

- bei ambulanter ärztlicher Versorgung einschließlich veranlasster Leistungen werden 35 von Hundert des Rechnungsbetrages erstattet.
- bei ambulanter zahnärztlicher Versorgung werden 40 von Hundert des Rechnungsbetrages erstattet.

Der Versicherte hat das Recht, eine individuelle Einzelabrechnung zu wählen.

Bei der pauschalierten Kostenerstattung werden keine Verwaltungskosten und Zuzahlungen in Abzug gebracht.

2. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz an Stelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung.
3. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.
4. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK Rieker · RICOSTA · Weisser bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
5. Der Erstattungsbetrag ist um 5 von Hundert, maximal 50 Euro, für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die BKK Rieker · RICOSTA · Weisser die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
7. Abweichend von Ziffer 2 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über Seite 17 von

34 den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhaus-leistungen nach § 39 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung durch die BKK Rieker · RICOSTA · Weisser in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel (§13 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 129 Abs. 1 SGB V)

1. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 11 in Verbindung mit § 129 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V haben Versicherte im Rahmen der Versorgung mit Arzneimitteln die Möglichkeit, Kostenerstattung im Einzelfall zu wählen. Versicherte können unter den Voraussetzungen des § 129 Abs. 1 Satz 6 SGB V ein anderes Arzneimittel wählen, als dasjenige, für das die Betriebskrankenkasse eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V geschlossen hat oder das gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V abzugeben wäre. Eine Mindestbindungsfrist für die Wahl der Kostenerstattung gilt nicht.

Die Versicherten treten bei Abgabe des gewählten Arzneimittels in der Apotheke in Vorleistung. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Höhe der Vergütung, die die Betriebskrankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Etwaige höhere Kosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, müssen Versicherte selbst tragen.

2. Der Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für die der Betriebskrankenkasse entgangenen Vertragsrabatte sowie um einen Abschlag für die höheren Kosten im Vergleich zur Abgabe eines Rabatt-Arzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen. Der Abzug der Abschläge erfolgt als Pauschale und ist ausgehend vom Apothekenverkaufspreis wie folgt gestaffelt:

Apothekenverkaufspreis AVP	Mehrkostenanteil
bis 15 EUR	30 %
16 EUR bis 30 EUR	40 %
31 EUR bis 100 EUR	60 %
101 EUR bis 300 EUR	70 %

301 EUR bis 500 EUR	80 %
Über 500 EUR	84 %

Gesetzlich vorgesehene Zahlungen gemäß § 61 in Verbindung mit § 31 Abs. 3 SGB V sind in jedem Erstattungsfall abzuziehen.

3. Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

VII. Zusätzliche Satzungsleistungen

Die Betriebskrankenkasse übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen ausfolgenden Bereichen:

1. Künstliche Befruchtung

Künstliche Befruchtung § 27a SGB V. Der Zuschuss nach § 27a Abs. 3 Satz 3 wird auf 75 % erhöht.

2. Gesundheitskonto

je Versicherten sollen nach § 11 Abs. 6 nachfolgende Leistungen in Höhe von bis zu 500 EUR aufgenommen und über das Gesundheitskonto finanziert werden:

a) Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Bescheinigung osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Die BKK übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 50 EUR pro Sitzung. Zur Erstattung sind die Rechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

b) Kostenerstattung für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen

für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden zusammen maximal 100 EUR pro Kalenderjahr für individuelle Vorsorgeuntersuchungen nach Vorlage der Rechnung erstattet:

- a) Hautkrebsvorsorge mit Auflichtmikroskopie
- b) PSA-Wert-Bestimmung
- c) Gesundheits-Check-Up zwischen 18. und 34. Lebensjahr
- d) Glaukom-Vorsorge-Messung des Augeninnendrucks
- e) Knochendichtemessung
- f) Mammografie bei unter 50-jährigen

c) Kostenerstattung für zusätzliche Leistungen im Bereich Zahnprophylaxe

für die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden nach Vorlage der Rechnung je Kalenderjahr erstattet:

- a) 50 EUR pro Jahr für professionelle Zahnreinigung
- b) 20 EUR pro Jahr für zusätzliche Zahnsteinentfernung
- c) 20 EUR Zuschuss je Zahn für höherwertiger Kunststofffüllungen
- d) 50 EUR pro Jahr für umfassende zahnärztliche Leistungen wie z.B. Fissuren-Versiegelung, Karies-Infiltration

d) Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie)

Die BKK erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, sofern

- a. deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- b. die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte und
- c. das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Die BKK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach a. bis c. in voller Höhe. Für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100 EUR pro Kalenderjahr und Versicherten.

Zur Erstattung sind der BKK die spezifizierten Rechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.

Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Abs. 1 Sätze 2-5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

e) Brillenzuschuss

Die BKK übernimmt bei Sehhilfen die Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen bei einem sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarf von mindestens 0,5 Dioptrien je Auge. Dem Versicherten werden die ihm privat in Rechnung gestellten Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen mit Sehstärke erstattet. Der Anspruch auf Erstattung besteht jedes 2. Kalenderjahr oder bei einer Änderung des sphärischen oder zylindrischen Korrekturbedarfes je Auge von mindestens 1,0 Dioptrie. Die Sehstärkeänderung ist durch einen schriftlichen Nachweis des Augenarztes oder des Optikers zu belegen. Erstattungsfähig sind die Kosten, welche die gesetzlichen Ansprüche übersteigen. Für jedes Brillenglas bzw. je Kontaktlinse werden höchstens 25 EUR erstattet. Die Erstattung ist schriftlich unter Beifügung der jeweiligen Rechnung und des Zahlungsnachweises sowie des Nachweises der Sehstärkeänderung zu beantragen.

3. Ärztliche Zweitmeinung

Über den gesetzlichen Anspruch auf ärztl. Zweitmeinung nach § 27b SGB V hinaus können Versicherte, die eine ärztliche Therapieempfehlung oder Empfehlung zur Durchführung einer Operation erhalten haben, eine ärztliche Zweitmeinung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, wenn sie einer Offenlegung der Daten zustimmen.

Indikationen, die in den GBA -Richtlinien nach § 27b Abs. 2 SGB V aufgeführt sind, sind von der Satzungsregelung ausgeschlossen.

Der Anspruch setzt voraus, dass die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser mit dem nicht zugelassenen Leistungserbringer eine Vereinbarung geschlossen hat, welche die ärztliche Zweitmeinung einschließt.

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser trifft unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Zweitmeinungen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern. Vereinbarungen werden nur mit Leistungserbringern geschlossen, welche in ihrem Fachgebiet als ausgewiesene Spezialisten gelten und welche über eine Qualifikation verfügen, wie sie für die im 4. Kapitel des SGB V genannten zugelassenen Leistungserbringer gilt.

4. Erweiterte Schwangerenleistungen

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser übernimmt die Kosten für folgende zusätzliche Maßnahmen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschafts-Richtlinien sind:

- Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge,
- Die Teilnahme des Ehegatten bzw. Lebenspartners an einem Geburtsvorbereitungskurs, wenn beide bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser versichert sind,
- Säuglingspflegekurse für werdende Eltern durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V zugelassene/n Hebamme/Entbindungspfleger,

- Gesundheitskurse für Schwangere, Mutter und Baby bis zum vollendeten 6. Lebensmonat zur Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens und der Früherkennung
- Nackentransparenzmessung inklusive Laborleistungen,
- Toxoplasmosetest zur Feststellung des Immunschutzes in der Frühschwangerschaft, B-Streptokokkentest und den Test auf Zytomegalie (CMV),
- Frühgeburtenscreening als zusätzliche Vorsorgemaßnahme, um das Risiko einer Frühgeburt zu vermeiden,
- Folsäurepräparate,
- Akupunkturbehandlung zur Geburtsvorbereitung.

Die Erstattung der Kosten beträgt je Schwangerschaft höchstens 400 Euro. Zur Erstattung sind Rechnungen und gegebenenfalls die Teilnahmebescheinigungen vorzulegen. Die Untersuchungen und Behandlungen müssen von einem zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder einer zugelassenen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Hebamme empfohlen und durchgeführt werden.

4.1 Hebammenrufbereitschaft

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser erstattet in den letzten Wochen der Schwangerschaft (in der Regel 37. bis 42. Schwangerschaftswoche) für versicherte Frauen die Kosten für eine Hebammenrufbereitschaft. Voraussetzung ist, dass die Leistung von einer freiberuflich tätigen Hebamme erbracht wird, die entsprechend nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist. Der maximale Zuschuss beträgt 250,00 Euro je Schwangerschaft.

Die Hebammenrufbereitschaft beinhaltet täglich:

- 24 Stunden unmittelbare Erreichbarkeit,
- Sofortige Bereitschaft zur mehrstündigen Geburtshilfe,

- Aufenthalt in räumlicher Nähe der Schwangeren,
- Bereitschaft, jede sonstige Aktivität, mit Ausnahme einer gerade stattfindenden anderen Geburt, sofort abubrechen und zu der Schwangeren zu fahren,
- Begleitung bei einer Verlegung in ein Vertragskrankenhaus, sofern erforderlich.

Zur Erstattung sind Rechnungen vorzulegen.

§ 12a Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die Betriebskrankenkasse auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils aktuellen Fassung – folgende Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung:

- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V (Lebenswelt/Setting-Ansatz)
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b und § 20c SGB V und
- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V (individueller Ansatz) mit folgenden prioritären Handlungsfeldern:

Bewegungsgewohnheiten:

- Maßnahmen zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressmanagement:

- Maßnahmen zur Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (multimodales Stressmanagement)
- Maßnahmen zur Förderung von Entspannung (palliativ-regeneratives Stressmanagement)

Suchtmittelkonsum:

- Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens
- Maßnahmen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Alkohol / zur Reduzierung des Alkoholkonsums

Die Förderung durch die Betriebskrankenkasse ist auf maximal zwei Kurse pro versicherter Person und Kalenderjahr begrenzt. Die Wiederholung gleicher Maßnahmen im Folgejahr ist ausgeschlossen. Die Versicherten haben einen Eigenanteil für die Kosten für Unterkunft und Freizeitaktivitäten zu tragen.

Leistungen im Gesundheitsförderprogramm, die von der Betriebskrankenkasse selbst erbracht werden, werden ohne Kostenbeteiligungen der Versicherten gewährt.

Für Leistungen von Fremdanbietern im Gesundheitsförderprogramm wird, sofern sie den im o. g. Handlungsleitfaden aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung (einschließlich eines Nachweises über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten) ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 80 v. H. der durch das Gesundheitsförderprogramm entstandenen Kosten, max. aber 200 EUR je Kalenderjahr gewährt.

§ 12b Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (§ 20i Abs. 2 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse übernimmt als Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V weitere Schutzimpfungen, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitgeber) nach den folgenden Regelungen in Höhe von 100 % für:

- FSME

- Hepatitis A und B
 - Influenza
 - HPV bis 25 Jahre
- II. Die Betriebskrankenkasse übernimmt die Kosten auch für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, in Höhe des Betrages der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden.
- III. Für selbstbeschaffte ärztliche empfohlene Schutzimpfungen werden von der Betriebskrankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Betrages erstattet, der bei vertragsärztlicher Behandlung entstanden wäre.

§ 12c Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (§ 20k SGB V)

Die Betriebskrankenkasse gewährt ihren Versicherten als Sachleistung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren auf der Grundlage der Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 20k Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Leistungen sollen dazu dienen, die für die Nutzung digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln.

Sofern eine Leistung im Einzelfall nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann, gewährt die Betriebskrankenkasse einen einmaligen jährlichen Zuschuss je Versicherten in Höhe von maximal 50 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlich angefallenen Kosten.

Leistungen, die digitale Kompetenzen ohne konkreten Gesundheitsbezug vermitteln (z.B. allgemeine Kenntnis im Umgang mit Hard- und Software), werden nicht erfasst.

§ 12d Leistungsausschluss

- I. Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen (§ 52a SGB V).

- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen haben die Versicherten der Betriebskrankenkasse gegenüber schriftlich zu erklären, dass sie sich nicht in den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches begeben haben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen und dass sie von der Betriebskrankenkasse darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass sie bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der Betriebskrankenkasse insoweit entstandenen Kosten verpflichtet sind. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die Betriebskrankenkasse kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst (MD) einschalten.

§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 16 EUR.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss kalendertäglich 25 EUR.

§ 14 Modellvorhaben

Nicht belegt

§ 15 Allgemeine Anforderungen der Wahltarife (§ 53 Abs. 8 SGB V)

Die Prämienzahlungen für Wahltarife im Sinne des § 53 SGB V an das Mitglied und seine nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen dürfen insgesamt bis zu 20 v. H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge, jedoch nicht mehr als 600 EUR betragen.

Beitragszuschüsse nach § 106 SGB VI sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden bei der Berechnung der Prämienzahlung nicht berücksichtigt.

§ 15a Wahltarif für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73b Abs.4 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren Hausarztverträgen der Betriebskrankenkasse ist nicht möglich.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte (§ 73b Abs. 6 SGB V).
- III. Die teilnehmenden Versicherten verpflichten sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse, nur einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt (§ 73b Abs. 3 S. 2 SGB V). Die Versicherten sind an die Wahl ihres Hausarztes sowie die weiteren sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden; sie dürfen den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) wechseln (§ 73b Abs. 3 S. 6 SGB V).

Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage Nr. 2 dieser Satzung.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem Vertrag BKK Mein Hausarzt können die Versicherten frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen.

Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für die Versicherten ein außerordentliches Recht

zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an den Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstoßen die Versicherten gegen ihre sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, können sie insbesondere im Wiederholungsfall aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden. Im Zusammenhang mit dem Wahltarif gewährte Vergünstigungen können für die Vergangenheit zurückgefordert werden. Der Ausschluss kann befristet erfolgen. Sofern ein anderer als der gewählte Hausarzt aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung können dem Versicherten ebenfalls auferlegt werden.
- V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Betriebskrankenkasse im Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.
- VI. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher oder elektronischer Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme,
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- VII. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse

den Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 73b Abs. 3 S. 3 - 5 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 15b Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit den in § 73c Abs. 3 SGB V genannten Vertragspartnern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
- II. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Die Betriebskrankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalte und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie diesbezügliche Änderungen und über den Ort der Durchführung der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c Abs. 5 SGB V).
- III. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber der Betriebskrankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Versicherten sind an die sich aus der Teilnahme ergebenden Verpflichtungen ein Jahr gebunden, sie dürfen bei den besonderen ambulanten Versorgungsformen nach Abs. I andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (z. B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) in Anspruch nehmen.

Die weiteren Bedingungen für die Teilnahme der Versicherten an den verschiedenen Angeboten einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß Abs. I richten sich nach den Bestimmungen der Anlage Nr. 4 dieser Satzung.

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung können die Versicherten mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des ersten Jahres

kündigen. Danach ist die Kündigung mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende möglich.

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, soweit die Versicherten nicht 4 Wochen vor Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist bzw. vor Ablauf des Verlängerungszeitraums kündigen.

Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen besteht für die Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß Abs. II an die Versicherten.

Die Kündigung ist der Betriebskrankenkasse schriftlich zu erklären.

- IV. Verstoßen die Versicherten gegen ihre sich aus der Teilnahme am Wahltarif ergebenden Pflichten, können sie insbesondere im Wiederholungsfall aus der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. Im Zusammenhang mit dem Wahltarif gewährte Vergünstigungen können für die Vergangenheit zurückgefordert werden. Der Ausschluss kann befristet erfolgen. Sofern ein anderer als der gewählte Leistungserbringer aufgesucht wird, kann – mit Ausnahme von Vertretung oder Abwesenheit vom Praxisort – bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden. Mehrkosten für die Einholung einer Zweitmeinung ohne Überweisung können dem Versicherten ebenfalls auferlegt werden.
- V. Versicherte, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 SGB V ruht, die sich mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Betriebskrankenkasse im Verzug befinden oder die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können nicht an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen. Tritt der Umstand erst nach Beginn der Teilnahme ein, endet die Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in welches das Ereignis fällt.
- VI. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung werden die Versicherten umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme,
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,

- die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
- die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

VII. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse den Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 73c Abs. 2 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 15c Wahltarif für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten auf der Grundlage von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme an:
- a. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
 - b. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
 - c. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
 - d. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
 - e. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
 - f. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen

Inhalt und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme ergeben sich aus dem jeweiligen Behandlungsprogramm in der für die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Region vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassenen Fassung.

§ 15d Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsungen (§ 53 Abs. 3 SGB V)

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung besondere Versorgungsungen nach § 140a SGB V auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern an. Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig.
4. Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung des Versicherten in die besondere Versorgung. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über
- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme,
 - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben,
 - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung,
 - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung,
 - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme sowie
 - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.
- III. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Betriebskrankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung (§ 140a Abs. 4 S. 2 - 4 SGB V). Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

§ 15e Wahltarife Krankengeld § 53 Abs. 6 SGB V

Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser bietet

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 44 Abs. 2 Nr. 2 SGB V),
- unständig Beschäftigten (§ 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V),

einen Tarif zur Aufstockung des Krankengeldes und

- nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherten Künstlern und Publizisten

einen Tarif zur Wahl des Krankengeldes von 15. bis zum 42. Tag

an.

Der Tarif wird gemäß § 53 Abs. 6 SGB V gemeinsam mit anderen Betriebskrankenkassen gebildet.

Die Teilnahme bestimmt sich nach Maßgabe der Anlage 3, die Bestandteil dieser Satzung ist.

§ 16 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

I. Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten (§ 65a Abs. 1 SGB V):

Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, folgende unter 1 bis 10 genannten Voraussetzungen vollständig erfüllen. Für jede erfüllte Voraussetzung beträgt der Bonus 10 EUR jährlich. Bei Punkt 3 bis 5 wird der Bonus auf jeweils maximal 20 EUR erhöht, wenn die unter 3 bis 5 genannten Voraussetzungen vollständig erfüllt sind.

Der Bonus wird kalenderjährlich gewährt und direkt an die Versicherten ausbezahlt. Der Bonus ist spätestens bis zum 31. März des Folgejahres zu beantragen. Die in Anspruch genommenen Leistungen sind durch die Versicherten mittels eines Bonusheftes nachzuweisen. Der Nachweis muss ärztlich, bei Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten Präventionsleistung vom Veranstalter bestätigt

werden. Die Erfüllung der Voraussetzungen der Ziffern 8 bis 10 ist vom Versicherten schriftlich zu bestätigen.

1. Die Versicherten nehmen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr alle 2 Jahre an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung gem. § 25 Abs. 1 SGB V teil.
2. Die Versicherten nehmen jährlich (Frauen ab dem 20., Männer ab dem 45. Lebensjahr) an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gem. § 25 Abs. 2 SGB V teil.
3. Mitversicherte Kinder nehmen die nach § 26 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Kinderuntersuchungen für den Zeitraum des jeweiligen Jahres in Anspruch und erhalten 10 EUR. Bei mehr als 1 Untersuchung im Kalenderjahr erhöht sich der Bonus auf maximal 20 EUR.
4. Die Versicherten erhalten für jede qualitätsgesicherte Leistung zur primären Prävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V 10 EUR. Bei mehr als einer Maßnahme im Kalenderjahr erhöht sich der Bonus auf maximal 20 EUR.
5. Die Versicherten haben die von der Betriebskrankenkasse nach § 23 Abs. 9 SGB V gewährten Schutzimpfungen in Anspruch genommen und erhält hierfür einen Bonus von 10 EUR. Bei mehr als einer Impfung im Kalenderjahr erhöht sich der Bonus auf maximal 20 EUR.
6. Die Versicherten haben regelmäßig die Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- und Individualprophylaxe) in Anspruch genommen.
7. Die Versicherten sind seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
8. Die Versicherten nehmen an einem strukturierten Behandlungsprogramm teil.
9. Die Versicherten weisen die Absolvierung des Deutschen Sportabzeichens im abgelaufenen Jahr nach.
10. Die Versicherten haben einen Body-Maß-Index (BMI) zwischen 18 - 25.

Die Teilnahme am Bonus-Programm ist freiwillig und kommt durch Einschreibung zustande.

II. Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65a Abs. 2 SGB V):

1. Die Betriebskrankenkasse kann durch Vertrag mit den Arbeitgebern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) aktiv fördern. Dabei sind Bonusgewährungen für den Arbeitgeber sowie für die teilnehmenden Mitglieder möglich, wenn der Betriebskrankenkasse die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen wird. Nicht förderungsfähig sind Maßnahmen, die Gegenstand der Verpflichtung aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 SGB IX) sind. Die maximale Höhe des Bonus für den Arbeitgeber darf dessen Aufwendungen für die BGF nicht überschreiten.
2. Die Betriebskrankenkasse kann dazu mit den von ihr ausgewählten Betrieben für alle oder ausgewählte Betriebsteile einen Bonusvertrag abschließen, der den Inhalt und die Höhe des Bonussystems im Einzelnen regelt.

§ 17 Kooperation mit der PKV

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen (§ 194 Abs. 1a SGB V.)

§ 17a Auskünfte an Versicherte (§ 305 Abs. 1 SGB V)

- (1) Auskunft zu den (im jeweils letzten Geschäftsjahr) in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten wird dem Versicherten auf Verlangen erteilt. § 25 Absatz 2 SGB X gilt entsprechend.
- (2) Die Auskunft ist kostenfrei, soweit die Erfüllung des Auskunftsbegehrens nicht mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist.

§ 18 Übertragung des Ausgleichsverfahrens nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG)

- I. Die Durchführung des U1-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- II. Die Durchführung des U2-Ausgleichsverfahrens nach dem AAG wird ab 01.01.2007 der BKK BMW, Dingolfing, übertragen (§§ 9 Abs. 2 Nr. 5, 8 Abs. 2 AAG).
- III. Der Einzug der Umlagen U1 und U2 erfolgt durch die Betriebskrankenkasse. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen U1 werden an den BKK Landesverband Mitte weitergeleitet. Die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagebeträge U2 werden an die BKK BMW, Dingolfing, weitergeleitet (§ 8 Abs. 2 AAG).
- IV. Bezüglich des U1-Verfahrens im Sinne des AAG wird dem BKK Landesverband Mitte die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird der BKK Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.
- V. Bezüglich des U2-Verfahrens im Sinne des AAG wird der BKK BMW, Dingolfing, die Satzungshoheit übertragen (§ 9 Abs. 5 AAG). Insbesondere wird die BKK BMW ermächtigt, die für die Durchführung des U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

§ 19 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg.

§ 20 Mitgliedschaft zum Landesverband

Die Betriebskrankenkasse gehört dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.

§ 21 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Betriebskrankenkasse erfolgen durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und in den in § 1 Abs. III genannten Betrieben sowie im Internet unter www.bkk-rrw.de.

Für Neufassungen und Änderungen der Satzung und des sonstigen autonomen Rechts der Betriebskrankenkasse beträgt die Aushangfrist zwei Wochen.

Auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

§ 22 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse

Die Betriebskrankenkasse veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger sowie auf der eigenen Internetpräsenz zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung in einer für die Versicherten verständlichen Weise (§ 305b SGB V).

Die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse der Betriebskrankenkasse erfolgt darüber hinaus durch Aushang in den Räumen der Betriebskrankenkasse und durch Bekanntgabe in der Mitgliederzeitschrift.

Im Internet bleibt die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse bis zur Veröffentlichung des nächsten Jahresergebnisses eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

Die Aushangfrist beträgt 2 Wochen. Auf dem Aushang sind der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 16. Dezember 2025 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01. Januar 2026 in Kraft.

Gleichzeitig treten die Satzung vom 01. Januar 2025 und die dazu ergangenen Nachträge außer Kraft.

Tutlingen, 16. Dezember 2025



Vorsitzende
des Verwaltungsrates

Daniela Gurski

Anlage 1: zu § 2 der Satzung

**Entschädigungsregelung
für
Verwaltungsratsmitglieder**

Rieker • RICOSTA • Weisser

Tuttlingen – St. Georgen

Gemäß § 41 SGB IV i. V. m. § 2 Abs. VI der Satzung der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser setzt der Verwaltungsrat auf Vorschlag des Vorstandes folgende Entschädigung fest:

1. Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates

Für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates sowie an Ausschuss-Sitzungen des Verwaltungsrates werden den Mitgliedern des Verwaltungsrates folgende Entschädigungen gezahlt:

1.1 Erstattung der Barauslagen

Die baren Auslagen der Mitglieder des Verwaltungsrates werden nach festen Sätzen erstattet. Im Einzelnen werden gewährt:

1.1.1 Tagegeld

Das Tagegeld wird entsprechend den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des Landesreisekostengesetzes Baden-Württemberg (LRKG) gezahlt.

Aufwendungen, die das Tagegeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind.

Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, so ist das Tagegeld entsprechend § 12 Abs. 1 LRKG zu kürzen.

1.1.2 Übernachtungsgeld

Für jede erforderliche Übernachtung außerhalb des Wohnortes wird ein Übernachtungsgeld entsprechend den für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des LRKG gezahlt.

Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.1.3 Fahrkosten

Fahrkosten werden in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen bei Benutzung der üblichen öffentlichen Verkehrsmittel (z. B. Eisenbahn 1./2. Klasse, Autobus, Straßenbahn) gezahlt. Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges wird eine Entschädigung entsprechend § 6 Abs. 2 und 4 LRKG gewährt.

1.1.4 Nebenkostenersatz sowie Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld

Die für die Landesbeamten jeweils geltenden Vorschriften des LRKG über Nebenkostenersatz und über Zuschuss zum Tage- und Übernachtungsgeld werden entsprechend angewandt.

1.1.5 Kraftfahrer

Tage- und Übernachtungsgeld werden entsprechend 1.1.1 und 1.1.2 für einen Kraftfahrer nur dann erstattet, wenn das Mitglied des Verwaltungsrates das Kraftfahrzeug wegen körperlicher Behinderung nicht selbst führen kann.

1.1.6 Wegfall des Anspruchs

Soweit ein Mitglied des Verwaltungsrates Reise- und Fahrkostenersatz von dritter Stelle erhält, bestehen keine Ansprüche gegen die Betriebskrankenkasse.

1.2 Ersatz für Verdienstaufschlag und Erstattung von Rentenversicherungsbeiträgen

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt. Außerdem werden ihnen die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge nach § 168 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI erstattet.

Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit höchstens ein Fünfundsiebzigstel der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV.

Wird durch schriftliche Erklärung des Berechtigten glaubhaft gemacht, dass ein Verdienstaufschlag entstanden ist, lässt sich dessen Höhe jedoch nicht nachweisen, ist für jede Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit ein Drittel des in Satz 3 genannten Höchstbetrages zu ersetzen.

Der Verdienstaufschlag wird je Kalendertag für höchstens 10 Stunden geleistet; die letzte angefangene Stunde ist voll zu rechnen.

1.3 Pauschbetrag für Zeitaufwand

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates wird für jeden Kalendertag einer Sitzung für den regelmäßigen außerhalb der Arbeitszeit erforderlichen Zeitaufwand, insbesondere für die Vorbereitung der Sitzungen, ein Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe von 50,00 EUR erstattet.

Unter „Sitzung“ ist nur die Sitzung eines Gremiums des Versicherungsträgers (Verwaltungsrat, Ausschüsse) einschließlich der Gruppenvorbesprechungen zu verstehen. Andere Besprechungen, Verhandlungen und Gespräche sowie Tagungen und Kongresse fallen nicht unter den Begriff „Sitzung“.

2. Verfahren

Bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen am selben Tage können für jeden Kalendertag insgesamt nur ein Tagesgeld und ggf. ein Übernachtungsgeld sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden und zwar unabhängig von der Anzahl der abgehaltenen Sitzungen. Dies gilt auch dann, wenn am selben Tag Sitzungen sowohl von Krankenkassen- als auch von Pflegekassenorganen stattfinden.

Die Entschädigung nach Nr. 1 ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich zu beantragen. Die Frist beginnt mit dem Tag nach Beendigung der Inanspruchnahme.

Anlage 2: zu § 15a der Satzung

**Wahltarif für die Teilnahme an der
hausarztzentrierten Versorgung
gemäß § 53 Abs. 3 SGB V**

für die

Betriebskrankenkasse

Rieker • RICOSTA • Weisser

Bedingungen für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung.

- 1. Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, dem Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e. V., sowie der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG, und der MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH**

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem o.g. Vertrag kann der Versicherte frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von 1 Monat zum Ende des HzV-Teilnahmejahres kündigen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Bei Änderung der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderung gemäß § 14 II Ziffer 2 an den Versicherten.

- 2. Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73 b SGB V zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.**

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem o. g. Vertrag kann der Versicherte frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende kündigen. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderung gemäß § 14 II Ziffer 2 an den Versicherten.

- 3. Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V zwischen der BKK Rieker-RICOSTA-Weisser, dem Bayrischen Hausärzteverband e. V., vertreten durch den Deutschen Hausärzteverband, sowie der HÄVG Hausärztliche Vertragsarbeitsgemeinschaft eG.**

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem o. g. Vertrag kann der Versicherte frühestens nach Ablauf von 10 Monaten mit einer Frist von 1 Monat zum Ende des HzV-Teilnahmejahres kündigen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderungen gemäß § 14 II Ziffer 2 an den Versicherten.

4. Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen dem BKK Landesverband Nord, der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein eG, dem Hausärzteverband Schleswig-Holstein e. V., in Kooperation mit der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG und der FormareMed GmbH & Co. KG.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß dem o. g. Vertrag kann der Versicherte frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von 1 Monat zum Ende des HzV-Teilnahmejahres kündigen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate. Bei Änderungen der durch den Vertrag zusätzlich zur Regelversorgung gewährten Leistungen, besteht für den Versicherten ein außerordentliches Recht zur Beendigung der Teilnahme am Wahltarif innerhalb von einem Monat nach Bekanntgabe der Änderung gemäß § 14 II Ziffer 2 an den Versicherten.

Anlage 3: zu § 15e der Satzung

**Wahltarif Krankengeld
gemäß § 53 Abs. 6 SGB V**

für die

Betriebskrankenkasse

Rieker • RICOSTA • Weisser

Tuttlingen – St. Georgen

Teilnahme

1. Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankentagegeld zur Wahl an. Der Tarif kann nur in Verbindung mit dem gesetzlichen Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V oder § 46 S. 2 SGB V gewählt werden. Mitglieder nach § 44 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder 3 SGB V können das Krankentagegeld als Entgeltersatz für Einnahmen i. S. d. §223 Abs. 3 S. 2 SGB V wählen (Premiumtarif). Der Tarif kann nicht gewählt werden, wenn das 60. Lebensjahr am Tag der Wahlerklärung vollendet ist, es sein denn, der Tarif wird im unmittelbaren Anschluss an einen vorher bestehenden Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gewählt.
2. Die Teilnahme zu dem Tarif können die in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitglieder monatlich durch schriftliche Willenserklärung gegenüber der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser erklären. Die Laufzeit des Tarifs beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der vollständigen, schriftlichen Wahlerklärung bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser folgt; ein hiervon später liegender Beginn kann gewählt werden. Frühestmöglicher Beginn des Tarifs ist der 1. August 2009.
3. nicht besetzt.

Laufzeit/Bindungsfrist

4. Die Mindestbindungsfrist an den Tarif beträgt 3 Jahre; sie beginnt mit der Laufzeit des Tarifs. Sofern eine Kündigung nicht erfolgt, verlängert sich die Wahl des Tarifs um weitere 36 Monate. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Tarifende/Kündigung

5. Der Tarif kann ordentlich durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate zum Ende der Bindungsfrist gekündigt werden; maßgebend ist der Eingang bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser.
6. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht durch das Mitglied, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII, oder Zubilligung einer zeitlich unbegrenzten Sozialleistung mit Entgeltersatzfunktion (beispielsweise Altersrente) durch einen Sozialleistungsträger. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses bzw. dem Datum des Bewilligungsbescheids der

Sozialleistung, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

Obliegenheiten der Teilnehmer

7. Die Mitglieder müssen die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser unverzüglich über nicht nur vorübergehende Änderungen ihres Einkommens oder ihrer Tätigkeit/ Beschäftigung sowie den Bezug von Sozialleistungen anderer Sozialleistungsträger mit Lohnersatzfunktion informieren und auf Verlangen der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser aussagekräftige Nachweise vorlegen. Auf Verlangen der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser haben sie Auskünfte über die Höhe ihres Einkommens zu machen und Nachweise dazu vorzulegen.
8. Sie sind verpflichtet eine Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer gegenüber der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser nachzuweisen und die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser über eine Arbeitsaufnahme unverzüglich zu informieren.
9. Die §§ 60-62, 65, 66-67 SGB I gelten für die Durchführung dieses Tarifs entsprechend.

Prämien

10. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt

für den Personenkreis der Selbständigen iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und für den Personenkreis der u.a. unständig Beschäftigten iSv § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:

Krankentagegeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€
Prämie monatlich	10€	20€	30€	40€	50€

für den Personenkreis der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten iSv § 53 Abs. 6 SGB V

Krankentagegeld kalendertäglich	10€	20€	30€	40€	50€	60€	70€	80€	90€
Prämie monatlich	5€	10€	15€	20€	25€	30€	35€	40€	45€

11. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit des Tarifs zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Wechsels der Höhe des Krankentagegeldes nach den Absätzen 33 und 34 ist die für das neu vereinbarte Krankentagegeld zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Gültigkeit der neuen Krankentagegeldhöhe zu zahlen.
12. Während des Bezugs von Krankentagegeld sind die Prämien weiterhin zu entrichten.
13. Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens am 15. eines Monats für den Kalendermonat.
14. Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Abs. 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

Anspruch

15. Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Für den Anspruch auf Krankentagegeld muss eine Mitgliedschaft iSd § 53 Abs. 6 SGB V zum Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und während der Arbeitsunfähigkeit bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser bestehen. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland besteht Anspruch auf Krankentagegeld nach diesem Tarif unter den Voraussetzungen des über-, zwischen – oder innerstaatlichen Rechts.
16. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit und dessen Beurteilungsmaßstab im Sinne dieses Tarifs entspricht den Regelungen des Begriffs und des Beurteilungsmaßstabes der Arbeitsunfähigkeit für gesetzliches Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V (z.B. Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte.
17. Anspruch auf Krankentagegeld entsteht frühestens mit Beginn des 4. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs (Wartezeit). Sofern die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Laufzeit des Tarifes festgestellt wurde, besteht für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankentagegeld. Im Falle des Satzes 2 beginnt die Wartezeit erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu laufen. Nach Ablauf der Wartezeit besteht Anspruch auf Krankentagegeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit

2. bei Mitgliedern, die nach dem KSVG versichert sind, ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

(Karenzzeit) wenn der Zeitpunkt der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Beginn der Laufzeit des Tarifes liegt.

18. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.
19. Für Mitglieder die einen zum 31.07.2009 beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen hatten, besteht keine Wartezeit, wenn der Tarif zum 1. August 2009 gewählt wird und damit nahtlos an den beendeten Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V anschließt. In diesen Fällen wird für vor dem 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Rechtslage kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, die Karenzzeit mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor dem 31.07.2009 berechnet.
20. Für vor dem 1. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld nach diesen Wahlтарifen; in Absatz 19 genannte Übergangsfälle bleiben hiervon unberührt.
21. Für den Anspruch auf Krankentagegeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach deren Beginn, bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach dem zuletzt bescheinigten Datum. Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland richtet sich deren Feststellung und Nachweis gegenüber der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser nach den Vorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts. Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser kann eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen; § 275 SGB V gilt entsprechend.
22. Ein Anspruch auf Krankentagegeld besteht nicht bzw. ein bestehender Krankentagegeldanspruch endet
 - mit dem letzten Tag der Teilnahme am Tarif
 - wenn andere Sozialleistungen mit Lohnersatzleistungsfunktion von anderen Sozialleistungsträger aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit wie beispielsweise Verletztengeld, Übergangsgeld, Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen wird
 - die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung beruht,
 - solange und soweit in der nach § 53 Abs. 6 SGB V definierten Beschäftigung/Tätigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt erzielt wird oder Arbeitseinkommen sonst (z.B. durch Angestellte) erzielt wird
 - solange während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die Arbeitsunfähigkeit kein oder ein negatives Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt worden wäre
 - wenn andere Sozialleistungen mit einkommensersetzender Funktion von Sozialleistungsträgern wie beispielsweise Altersrente, Sozialhilfe, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld bezogen werden,
 - wenn überwiegend Einkünfte zur Alterssicherung wie in § 22 Abs. 1 N. 1 und 5 EStG genannt bezogen werden
 - mit dem nicht nur vorübergehenden Ende der Zugehörigkeit des in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Personenkreises,
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser.

23. Über das Anspruchsende hinaus zu Unrecht gezahltes Krankentagegeld ist vom Mitglied zurück zu zahlen. Eine Verrechnung mit nachzuberechnenden Prämien ist zulässig.
24. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn der Teilnehmer mit einem Betrag in Höhe von insgesamt zwei Monatsprämien im Rückstand ist. Für zurückliegende Zeiten besteht kein Leistungsanspruch, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.
25. Die §§ 16 Abs. 1-3 und 4, 18 Abs. 1 Satz 2, 51, 52, 52a SGB V werden entsprechend auf die Ansprüche auf Krankentagegeld nach diesen Tarifen angewendet.

Zahlung

26. Die Zahlung des Krankentagegeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch das Mitglied voraus. Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung, wenn der Nachweis rechtzeitig im Sinne des Absatzes 21 erbracht worden ist. Das Krankentagegeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist das Krankentagegeld für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.
27. Im Rahmen des Premiumtarifs wird Krankentagegeld nur ausgezahlt, wenn auch ein gesetzliches Krankengeld durch die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser an den Teilnehmer ausgezahlt wird. Endet, ruht oder entfällt der Bezug des gesetzlichen Krankengeldes oder kommt aus sonstigem Grund kein gesetzliches Krankengeld zur Auszahlung, wird für jeden Tag, an dem kein Krankengeld bezogen wird, auch kein Krankentagegeld gezahlt. Der Anspruch auf Krankentagegeld endet, wenn wegen Erreichens der Höchstbezugsdauer kein gesetzliches Krankengeld mehr zur Auszahlung kommt.

Dauer

28. Anspruch auf Krankentagegeld im Premiumtarif besteht solange und soweit gesetzliches Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Anspruch auf Krankengeld im Künstler-/Publizistentarif besteht bis zum max. 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens für insgesamt 26 Wochen innerhalb von je drei Jahren. Die Dreijahresfrist richtet sich jeweils nach der gesetzlichen Blockfrist.

Höhe

29. Die Höhe des Krankentagegeldes können
 1. die in § 53 Abs. 6 SGB V iVm § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 50 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Höchstkrankengeld nach § 47 Abs. 1 S.1 SGB V 70% des durch-

schnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

2. die nach dem KSVG Versicherten in jeweils kalendertäglich 10 € - Schritten bis zu 90 € kalendertäglich frei wählen. Das gewählte Krankentagegeld darf 70% des durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Das Mitglied ist verpflichtet der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser eine Erklärung über die Höhe seines Arbeitseinkommens/ Arbeitsentgelts zukommen zu lassen und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

30. Die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser kann die Angaben des Versicherten zum Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen jederzeit überprüfen. Bei Unterschreiten der Einkommensgrenzen erfolgt auch während eines laufenden Leistungsbezuges eine Umgruppierung nach Absatz 34.
31. Das Mitglied hat zu Beginn des Tarifs auf der Teilnahmeerklärung die Höhe seines Krankentagegelds zu wählen und eine Erklärung über die Höhe seines entfallenden Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens abzugeben.
32. Das Mitglied hat auf Verlangen der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommensteuerbescheid) nachzuweisen. Dazu kann die BKK Rieker • RICOSTA • Weisser auch auf Unterlagen des Mitglieds, die der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser im Rahmen der jährlichen Beitragsberechnung für eine freiwillige Versicherung vorliegen, zurückgreifen. Eine nicht nur vorübergehende Minderung des Arbeitsentgelts/Arbeitseinkommens oder eine nicht nur vorübergehende Aufgabe der hauptberuflichen Selbständigkeit, hauptberuflichen Ausübung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, der berufsmäßigen Ausübung der unständigen Beschäftigung bzw. der Aufnahme einer nicht befristeten Beschäftigung, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen begründet ist der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser unverzüglich anzuzeigen. Beim Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt ist ausschließlich auf Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieses Tarifs erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen der Gerichte zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wechsel

33. Eine Änderung der Höhe des Krankentagegeldes (Krankentagegeldstufen) ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel ist – vorbehaltlich Absatzes 34 – höchstens einmal pro Tarifjahr möglich. Die Wahl kann unter den Krankentagegeldstufen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden; dazu ist das neue Netto-Arbeitseinkommen/Netto-Arbeitsentgelt auf der Wahlerklärung zu bestätigen und auf Verlangen der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser nachzuweisen. Die Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser folgenden über-nächsten Kalendermonat. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Krankentagegeldstufe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Krankentagegeldstufe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Der Anspruch auf das erhöhte Krankentagegeld beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit von jeweils drei Monaten gerechnet ab dem Beginn der Laufzeit der neu gewählten Krankentagegeldstufe. Die erhöhte Prämie ist nach Ablauf der Wartezeit zu zahlen.
34. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Krankentagegeldstufe hat zu erfolgen, wenn die Einnahmen die in Absatz 29ff genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Krankentagegeldstufe gilt ab Beginn des übernächsten Kalendermonats, der der Feststellung der BKK Rieker • RICOSTA • Weisser über das Unterschreiten folgt; eine Wartezeit im Sinne des Absatzes 17 besteht in diesen Fällen nicht.

Anlage 4: zu § 15b der Satzung

**Wahltarif für die Teilnahme an der besonderen
ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß
§ 53 Abs. 3 SGB V**

für die

Betriebskrankenkasse

Rieker • RICOSTA • Weisser

Bedingungen für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

- 1. Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung von Prophylaktischen Untersuchungen und Frühbehandlung von Hautveränderungen zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.**

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bedarf keiner Kündigung, da es sich um eine jährlich einmalig in Anspruch zu nehmende in sich abgeschlossene Untersuchung handelt.

- 2. Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V von Patienten mit affektiven Störungen bzw. Depressionen zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte.**

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung kann jederzeit widerrufen werden.

- 3. Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS gemäß § 73 c SGB V zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der Arbeitsgemeinschaft „Vertragskoordination“ der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.**

Die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.